



Modulo di attivazione del servizio di ritiro farmaci con tessera sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via/piazza _____ CAP _____ Città _____
codice fiscale _____
documento d'identità n° _____ rilasciato da _____ il _____
indirizzo email _____ n. cellulare _____

richiedo di abilitare come farmacia abituale all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico la seguente farmacia (indicare di seguito nome e luogo di ubicazione della farmacia):

Luogo e data

Firma

Il paziente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali del Fascicolo Sanitario Elettronico (art. 13 RGPD 2016/679) affisso nei locali aziendali e disponibile nella sezione "privacy" del sito web istituzionale.

Luogo e data

Firma

Allegare:

tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità